355

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 10 Mai 1900, à 1 heure

Par Léon SZELĄGOWSKI

Né à Makow (Pologne russe), le 11 avril 1867.

Contribution à l'Étude Clinique du CANCER PRIMITIF Pleuro-Pulmonaire

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. BONNAIRE, professeur.
WURTZ et TEISSIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
JOUVE & BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1900

LIBRAIRIE
JAÇQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — No

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 10 Mai 1900, à 1 heure

Par Léon SZELĄGOWSKI

Né à Makow (Pologne russe), le 11 avril 1867.

Contribution à l'Étude Clinique du CANCER PRIMITIF Pleuro-Pulmonaire

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. BONNAIRE, professeur.
WURTZ et TEISSIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
JOUVE & BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Therapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LEDENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
	GAUCHER.	
ACHARD.	GILLES DE LA TOURETTE.	ROGER.
ALBARRAN.	HEIM.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HARTMANN.	TEISSIER.
BONNAIRE.	LANGLOIS.	THIERY.
BROCA Auguste.	LAUNOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LEGUEU.	THOINOT.
CHARRIN.	LEJARS.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEPAGE.	VARNIER.
DELBET.	MARFAN.	WALLICH.
DESGREZ.	MAUCLAIRE.	WALTHER.
DUPRÈ.	MENETRIER.	WIDAL.
FAURE.	MERY.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

355

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin des Hôpitaux

Professeur de pathologie interne.

Chevalier de la Légion d'honneur.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30598849

INTRODUCTION

Nous avons eu récemment l'occasion, relativement rare, d'observer un cas de cancer primitif du poumon ayant présenté dans son évolution certaines particularités, qui nous ont semblé intéressantes. Nous avons recherché à ce propos les cas déjà nombreux de cancer primitif du poumon publiés jusqu'à ce jour, et nous avons retrouvé dans quelques-uns d'entre eux les modalités cliniques, qui nous avaient frappé dans le cas que nous avions eu sous les yeux.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter ici un tableau clinique complet du cancer primitif du poumon. Nous avons voulu seulement, en traçant une esquisse générale, insister sur certaines modalités symptomatiques qui ne nous ont pas paru absolument classiques, et qui nous avaient frappé, soit dans l'histoire de notre malade, soit à la lecture de quelques-unes des observations déjà publiées de cancer primitif pleuro-pulmo-

naire. De même, parmi les observations que nous avons parcourues, nous n'en avons retenu que quelques-unes, celles où ces particularités cliniques nous avaient paru les plus frappantes.

PREMIÈRE PARTIE

SYMPTOMES

I. — Période de début

Le cancer pleuro-pulmonaire primitif peut avoir quelquefois une évolution latente jusqu'aux périodes terminales de l'infection ; mais c'est beaucoup plus exceptionnel que pour le cancer secondaire. Celui-ci en effet est souvent révélé seulement par l'autopsie, au soupçonné pendant la vie du malade par des signes respiratoires peu intenses, toute l'attention du médecin restant attachée au cancer extra-pulmonaire. Cela est dû aussi à ce que le cancer secondaire affecte une forme diffuse, les noyaux disséminés étant peu appréciables à l'exploration physique.

Le cancer primitif au contraire est beaucoup plus souvent constitué par une masse néoplasique, qui se révèle à la fois par des signes fonctionnels et des signes physiques, à moins que ce ne soit le tableau d'une

pleurésie cancéreuse qui marque le début du processus morbide.

Les sujets chez lesquels on l'observe sont le plus souvent des hommes âgés de 40 à 60 ans, alors que le cancer secondaire est beaucoup plus fréquent chez la femme (cancer secondaire ou cancer du sein).

Souvent on révèle chez les sujets une hérédité cancéreuse directe.

Quelquefois il s'agit de sujets atteints de sclérose pulmonaire, ainsi que le fait remarquer Ménétrier.

On a signalé aussi la fréquence chez les sujets exposés aux pneumokonioses, tels que les ouvriers des mines de cobalt arsénical de Sneeberg (Hoertig et Hesse).

Ajoutons d'ailleurs que c'est une affection très rare. Nous avons eu la bonne fortune d'en observer un cas et c'est ce qui nous a déterminé à faire de son étude le sujet de notre thèse inaugurale.

Les phénomènes qui, les premiers, attirent l'attention du sujet sont la douleur et la toux, plus tard la dyspnée puis le tableau se déroule avec plus ou moins de rapidité suivant la marche et les formes cliniques, que nous étudierons plus loin.

II. — Période d'état.

A la période d'état l'affection se révèle par :

Des signes fonctionnels,

Des signes physiques.
Des signes généraux.

1. Signes fonctionnels.

A. *Douleur.*

La douleur est un phénomène presque constant, souvent précoce, et ayant de la valeur au point de vue du diagnostic.

Chez notre malade, il existait des douleurs très vives dans la moitié du thorax, correspondant au cancer, au niveau de la moitié inférieure, sans irradiations. Il n'en est pas toujours ainsi : assez souvent la douleur affiche le caractère de névralgie intercostale, multiple, intense ; se montrant quelquefois des deux côtés du thorax, présentant parfois des irradiations vers l'épaule, le bras et la main ; d'autrefois on l'a rencontrée à la base du thorax ou entre les deux épaules.

Quant aux caractères mêmes de la douleur, ils sont très variables; tantôt vives, lancinantes, tantôt sourdes, contusives, les douleurs affectent généralement le caractère névralgique avec accès paroxystiques.

Quant à la cause et au siège de cette douleur, les uns la localisent dans plèvre, les autres dans les troncs nerveux, englobés ou comprimés.

B. *Dyspnée.*

La dyspnée est également un symptôme important et souvent précoce de la maladie.

Assez ordinairement modérée au repos elle s'exagère très facilement par le moindre effort. Elle augmente avec le progrès de l'affection, et le malade, dans un état d'angoisse fort pénible, en proie à des accès répétés de suffocations, le condamnant à l'orthopnée, semble en imminence d'asphyxie.

Quand cette dyspnée est ainsi très marquée, on est frappé du désaccord qui règne entre l'intensité des troubles fonctionnels et les signes physiques souvent limités. Cette opposition est un signe de valeur. C'est que la dyspnée n'est pas due seulement à une suppression partielle du territoire respiratoire par la formation néoplasique, mais surtout à des phénomènes de compression nerveuse ou bronchique. Tantôt il s'agit de compression du pneumogastrique ou du récurrent, tantôt et plus souvent de sténose trachéo-bronchique par des paquets ganglionnaires.

Dans un cas de Valcourt, une cuisinière de vingt-cinq ans, chez qui on croyait à de la tuberculose pulmonaire, fut prise de dyspnée considérable avec menace de suffocation, si bien qu'on fit la trachéotomie. Or, l'autopsie démontra qu'il s'agissait de cancer pulmonaire avec aplatissement de la bronche gauche par des ganglions néoplasiques.

La toux qui accompagne cette dyspnée est assez souvent très pénible. Elle prend souvent la forme de toux coqueluchoïde ; ce fait ne survient que lorsqu'il y a compression du pneumogastrique par un noyau néoplasique.

La fétidité de l'haleine avait été signalée comme signe du cancer pleuro-pulmonaire ; il semble cependant que ce phénomène n'est qu'une exception et ne survient que lorsque le cancer se complique de gangrène partielle du poumon (Stokes, Ramdor).

C. *Expectoration.*

L'expectoration est souvent assez banale dans le cancer du poumon, macroscopiquement tout au moins. Les crachats peuvent être muqueux, muco-purulents ou purulents.

Assez fréquemment, cependant, les crachats peuvent avoir l'aspect sanguinolent et cet aspect peut se présenter sous diverses formes.

Quelquefois l'expectoration est striée de sang, ou prend l'aspect des crachats noirs, non aérés, de l'apoplexie pulmonaire, ainsi que Woillet l'a montré dans quelques cas.

D'autres fois on observe de véritables hémoptysies, composées de sang pur, ce qui, joint aux autres symptômes, compliquera souvent singulièrement le diagnostic avec la tuberculose pulmonaire. Cette hémopty-

sie paraît être particulièrement fréquente dans le cancer primitif : on l'y a rencontré 10 fois sur 19 cas dans le cancer primitif (Stokes, Lobstein). D'après certains auteurs elle est plus fréquente dans le cancer primitif du poumon que dans la tuberculose pulmonaire. Elle peut se montrer à toutes les périodes, même au début, comme dans la tuberculose. Elle peut être abondante et prolongée. « Dans un cas de Bayle elle avait duré pendant 17 jours consécutifs et chez un autre malade l'hémorragie se montra tous les jours pendant les trois dernières semaines » (Barié).

Il est enfin un aspect de l'expectoration mêlée de sang, qui a une valeur considérable, et qui a même été considérée comme absolument pathognomonique. Nous voulons parler de l'expectoration dite « gelée de groseille ». La consistance demi-molle. tremblotante, gélatineuse, la couleur rosée justifient cette comparaison. Ce crachat cancéreux n'est pas visqueux ni adhérent comme le crachat pneumonique ; il est rosé et non rouillé comme les crachats de la pneumonie et de l'apoplexie. Ces caractères et la valeur diagnostique du symptôme ont été bien indiqués par Marshall Hugues, par Stokes, par Woillet. Ces crachats ne sont pas cependant absolument pathognomoniques, puisqu'on les a rencontrés dans la tuberculose pulmonaire (Darolles), dans la dilatation des bronches, l'hystérie (Marfan).

Hyde Salter a décrit encore une variété de crachats,

qu'il regarde comme propre au cancer des poumons ; ces crachats sont formés de parcelles denses, qu'il compare à des fragments de viande de veau cuite. Les autres auteurs ne relèvent pas de semblable symptôme ; il manquait dans notre observation ; notre malade a présenté à la période terminale les crachats franchement sanglants.

L'examen microscopique des crachats fonrnit des renseignements de haute et absolue valeur. Dans un cas, Lancereaux y rencontra de petits corpuscules de cancer mélanique, semblables à des grains de tabac, ce qui permit de corriger le diagnostic de tuberculose, qu'on avait porté jusqu'alors. Dans un autre cas Ménétrier put, par l'examen microscopique, faire le double diagnostic de tuberculose et de cancer. La présence de parcelles du tissu cancéreux, d'amas de cellules épithélioïdes constatés au microscope, voilà donc le véritable caractère du crachat cancéreux; toute particule suspecte devra donc être examinée. Claisse a eu deux fois l'occasion de faire cette constatation et a rappelé récemment l'attention sur ce moyen de diagnostic. Dans un de ces cas, qui appartient également à M. le professeur Landouzy, les fragments de tissu cancéreux expectoré avaient la dimension de petits noyaux de cerise. Dans l'autre les plus gros avaient le volume d'un pois. Au microscope on constata la présence des bourgeons épithéliaux à grosses cellules inégales cylindro-coniques. Ces deux cas avaient d'autant plus d'inté-

rêt, que l'examen fut fait et le diagnostic porté presque au début de l'affection.

Pour que cette recherche soit positive, il est évident qu'il faut cependant que le cancer soit ulcéré. Dans un cas de Ménétrier, l'examen fut négatif et cependant le diagnostic fut confirmé par l'autopsie. Encore faut-il user d'une technique suffisante et de colorations énergiques.

Kurt Wolf, sur 31 observations de cancer primitif du poumon et des bronches, n'a pas une seule fois rencontré de particules de tumeurs dans les produits d'expectoration, alors pourtant que l'examen nécropsique montrait dans beaucoup de ces cas les tumeurs parvenues à un degré d'ulcération plus ou moins avancé. Claisse recommande comme colorant la thiouine ; Ménétrier le picro-carmin.

D. *Signes de compression intra-thoracique.*

Ces symptômes ne sont pas propres au cancer du poumon; ils appartiennent aux tumeurs solides intra-thoraciques, quelle qu'en soit la nature. Ce sont les troubles fonctionnels, qui résultent de la compression des organes du médiastin par la tumeur elle-même et plus souvent encore par adénopathies intra-thoraciques cancéreuses. Ils n'ont donc de la valeur qu'associés aux autres signes fonctionnels et physiques au point de vue du diagnostic.

1) La compression des veines porte surtout sur la veine cave supérieure ou le tronc de la veine azygus. Elle se révèle par le développement de la circulation collatérale au niveau de la poitrine, du dos, du moignon de l'épaule, d'abord d'un seul côté, puis des deux. Sur la paroi du thorax on peut déterminer le godet de l'œdème. Du côté du cou et de la face, les troubles sont importants quand la veine cave supérieure est comprimée : les jugulaires sont distendues, le cou et la face sont bouffis, les yeux saillants et fixes. Les membres supérieurs s'œdématient également.

2) Les artères se laissent plutôt déplacer que comprimer. Cependant on a pu noter dans quelques cas (Walshe, Moizard) une inégalité des pouls radiaux. Ces cas étaient dûs à la compression de la sous-clavière.

3) Le cœur peut être refoulé par des masses cancéreuses volumineuses. C'était le cas pour notre malade, dont un bloc cancéreux occupant les deux tiers inférieurs du poumon gauche refoulait le cœur à droite du sternum. Walshe a vu le cœur battre dans le creux axillaire gauche. Laboulbène a vu le cœur masqué par un cancer de la languette pulmonaire précordiale ; on crut à une péricardite. Ces déplacements du cœur donnent facilement des palpitations, voire des syncopes. Enfin le péricarde peut se laisser envahir par la néoplasie.

4) Les bronches et la trachée sont très fréquemment comprimés par des ganglions cancéreux. C'est une des

causes de la dyspnée sur laquelle nous insistons d'ailleurs.

5) L'œsophage par sa mobilité échappe facilement à la compression. Cependant chez notre malade il existait une dysphagie marquée. Nous avons retrouvé un cas analogue du professeur Jaccoud ; un autre cas de Graves, où le malade éprouvait à la partie inférieure du cou une sensation de constriction avec difficulté de déglutition.

6) Les nerfs intra-thoraciques peuvent également être comprimés.

Le pneumogastrique a donné ainsi de la toux coqueluchoïde, des vomissements dans un cas de Béhier ; de la tachycardie en plus dans un cas de Peter.

Le nerf phrénique comprimé donne du hoquet tenace et fatigant, de la névralgie phrénique.

Le grand sympathique comprimé donne de l'inégalité pupillaire, le récurrent de la paralysie des cordes vocales ou du spasme de la glotte et des accès de suffocation.

2. Signes physiques.

Le cancer du poumon n'a pas de signes physiques qui lui soient propres ; il se révèle par des signes de condensation pulmonaire au niveau du bloc cancéreux dans les cas où il n'y a pas de l'épanchement, ou par des signes de pleurésie quand la plèvre contient du liquide,

qui masque plus ou moins le bloc néoplasique, ou encore par une combinaison de ces deux modalités cliniques. Pour la clarté de la description, en même temps pour bien isoler les modalités des épanchements pleuraux dans le cancer du poumon, ce qui a son intérêt, nous étudierons les signes physiques dans ces deux aspects : cancer pulmonaire sans épanchement ou avec épanchement d'importance secondaire, et cancer pulmonaire avec pleurésie cancéreuse.

A. *Cancer pulmonaire avec épanchement insignifiant.*

a) INSPECTION

La question des variations de volume du thorax a été fort discutée. Walshe note une dilatation du thorax du côté malade et admet qu'elle est particulière au cancer en noyaux disséminés, alors que dans la forme infiltrée il y aurait rétraction de la cage thoracique. Dans notre cas personnel, le thorax était dilaté du côté malade, et cependant l'autopsie montra la présence d'un bloc cancéreux volumineux.

Il est plus rationnel d'admettre que la rétraction du thorax est liée à la pachypleurite, comme nous le verrons plus loin.

b) PALPATION.

La palpation donne des renseignements variables.

1. Les vibrations vocales sont conservées en général, quelquefois exagérées, s'il n'y a pas d'épanchement pleural ou d'épaisissement de la plèvre. Elles disparaissent dans les cas contraires.

2. L'immobilité du thorax du côté malade est un signe tardif, quand il existe.

3. Les adénopathies externes, quand elles existent, ont une bien autre valeur. C'est au creux sus-claviculaire du côté malade qu'il faut les rechercher. On y trouve souvent et de façon assez précoce de petits ganglions indolents mobiles sous le doigt et d'une dureté ligneuse ; leur volume va en augmentant. C'est là un signe clinique de haute valeur, auquel on a cependant accordé une importance trop exclusive, car on peut le rencontrer encore dans la tuberculose généralisée. En dehors de l'adénopathie sus-claviculaire on peut rencontrer encore et plus tard des ganglions cancéreux au cou, à l'aisselle, dans l'aine.

c) PERCUSSION

Dans le cancer primitif qui est le plus souvent un cancer massif, la percussion donne de la matité avec perte de l'élasticité pulmonaire.

Lorsque existe un paquet de ganglions péribronchiques cancéreux, la percussion les révélera dans les régions classiques inter-scapulaire et rétro-sternale.

d) AUSCULTATION

Dans le cas de cancer primitif en bloc on observe une diminution très marquée du murmure vésiculaire. S'il y a épanchement pleural, on aura l'abolition complète du murmure vésiculaire, parfois du souffle pleurétique avec égophonie et pectoriloquie aphone. Dans le cas de bloc cancéreux on a noté encore la présence du souffle tubaire, quelquefois à timbre caverneux et amphorique sans qu'il y ait eu cependant excoriation du parenchyme. Le cancer du poumon aboutit d'ailleurs assez rarement au ramollissement et à la caverne. Dans ces cas on trouverait les signes classiques des cavernes : râles sous-crépitants, gargouillement, souffle caverneux, etc.

Quand il existe de l'adénopathie trachéo-bronchique, l'auscultation révèle en outre un souffle bronchique au niveau du hile propagé souvent à tout un lobe du poumon. Il se peut que l'on ne constate d'ailleurs aucun râle, et ce serait un bon signe diagnostique. Mais souvent il existe au voisinage des masses cancéreuses des râles de bronchite ou de congestion pulmonaire.

B. *La pleurésie dans le cancer primitif pleuro-pulmonaire.*

Au cours de l'évolution du cancer pleuro-pulmonaire la plèvre peut être intéressée de façons diverses.

Quelquefois, et c'est le cas le plus rare, il se peut que l'on constate une pleurésie séro-fibrineuse, par irritation de voisinage, ou même une pleurésie purulente à streptocoques par infection secondaire, comme dans un cas de Walch. Le plus souvent la plèvre est atteinte de lésions cancéreuses, soit qu'il s'agisse de cancer primitif de la plèvre, soit de cancer du poumon propagé à la plèvre par envahissement de proche en proche, par lymphangite cancéreuse, ou par carcinose aiguë de la plèvre.

Les caractères de l'épanchement pleural sont alors variables : le liquide peut être séreux, hémorrhagique, purulent, même chyliforme.

L'opinion classique veut que l'épanchement de la pleurésie symptomatique d'un cancer pulmonaire soit un épanchement sanglant. Les professeurs Dieulafoy, Moutard-Martin furent les premiers à réagir contre cette opinion trop exclusive, acceptée depuis Trousseau. Moutard-Martin, sur 200 cas de cancers primitifs ou secondaires, relève que dans les cas où l'épanchement a été constaté, il était séreux deux fois sur trois. Mlle Kierer, dans sa thèse inaugurale examinant les observations publiées, constate que :

Dans 32 fois sur 100 on trouve des adhérences pleurales.

Dans 20 fois sur 100 un épanchement hémorragique.

Dans 39 fois sur 100 un épanchement séreux.

Dans 12 fois sur 100 on ne trouve pas de lésions pleurales.

Cliniquement, même en dehors de l'épanchement hémorragique qui, lorsqu'il existe, a évidemment par sa seule présence une énorme valeur diagnostique les épanchements pleuraux du cancer pleuro-pulmonaire ont une évolution clinique assez particulière et suffisamment caractéristique.

Ils peuvent se montrer de deux façons ; ou bien être au début le principal,symptôme, il s'agit alors ordinairement du cancer primitif de la plèvre, ils constituent la forme pleurétique du cancer pleuro-pulmonaire, sur laquelle nous reviendrons ; ou bien ce sont ou des éléments du tableau clinique, ou encore un épisode accessoire au cours de l'évolution du cancer du poumon.

Les signes physiques classiques des épanchements pleuraux sont ordinairement au complet : matité, abolition des vibrations vocales, abolition du murmure vésiculaire, et lorsqu'il y a du liquide en quantité notable, souffle doux voilé, lointain, égophonie, pectoriloquie aphone.

Cependant les signes physiques présentent souvent des particularités qui méritent d'attirer l'attention :

C'est ainsi que la mensuration du côté malade réserve quelquefois des surprises. Frenkel a montré, que dans certains cas même avec un épanchement assez considérable le côté malade n'est pas dilaté, mais rétréci. La cause de cette rétraction du côté malade semble être

due, comme le dit Vergély, à l'épaississement de la plèvre infiltrée par le néoplasme; il y aurait là quelque chose d'analogue à la rétraction du thorax observée chez les anciens pleurétiques, guéris d'une pleurésie séro-fibrineuse avec épaississement et rétraction de la plèvre. Ce symptôme serait en quelque façon pathognomonique pour Frenkel. Cependant il est loin d'être constant. Vergély dans sa thèse sur l'hématome néoplasique de la plèvre, l'a vu en défaut dans ses observations; Leplat ne le signale que dans un cas. Il est probable que ce symptôme doit se rencontrer surtout dans les cas où il n'y a pas d'épanchement, mais cette infiltration lardacée de la plèvre avec cloisonnement alvéolaire, qu'on rencontre fréquemment à l'autopsie de cancer du poumon. Plusieurs auteurs, au dire de Vergély, auraient vu la rétraction thoracique disparaître sous leurs yeux pour ainsi dire, en même temps que l'épanchement se formait chez le malade.

Nous conclurons donc que ce signe précieux, quand il existe, est assez rare pour perdre de ce fait une grande partie de son importance. Dans notre cas personnel nous ne l'avons pas rencontré; il y avait au contraire ampliation thoracique du côté du cancer. L'épanchement est rarement très abondant, et une des particularité de ces épanchements est souvent la disproportion qui existe entre la dyspnée, laquelle est souvent considérable, et la quantité relativement minime du liquide ramené par la ponction.

Les renseignements fournis par la ponction évacuatrice ou exploratrice ont une énorme importance :

1. La ponction pratiquée au point maximum de matité, là où celle-ci est absolue ne ramène pas parfois de liquide, soit qu'il s'agisse d'épaississement énorme, lardacé de la plèvre, soit que l'épanchement soit disposé par logettes. Il est souvent nécessaire de faire des ponctions successives en des points différents pour évacuer du liquide en quantité appréciable.

2. Le liquide ramené par la ponction quand il est hémorrhagique est remarquable par le défaut de fibrine (Dieulafoy). Quand il est séro-fibrineux sa densité serait d'après Méhu, supérieure à 1.018 à la température de 13°, c'est-à-dire supérieure à la densité des liquides de pleurésie séro-fibrineuse simple ou de l'hydrothorax. L'examen au microscope fournit des renseignements utiles montrant : des cellules épithéliales polymorphes, des cellules épidermoïdes à gros noyau.

3. La ponction ne diminue pas la dyspnée qui est due moins à l'épanchement qu'au cancer sous-jacent.

4. La ponction ne fait pas reparaître les vibrations vocales, ce qui est dû à l'épaississement très marqué de la plèvre.

5. L'épanchement siège le plus souvent à gauche. Il s'accompagne en général d'une déviation notable du cœur. Les ponctions, même quand elles évacuent une quantité notable de liquide, ne ramènent pas le cœur en place, fixé qu'il est par des néomembranes.

6. L'épanchement se reproduit rapidement après la ponction. C'est un caractère important et marqué par tous les auteurs. Chez le malade dont nous donnons l'observation, on fit en quatre jours trois ponctions qui retirèrent : La 1re un litre, la 2e 500 grammes, la 3e 100 grammes de liquide hémorrhagique. Puis les ponctions restèrent blanches. Vingt jours après une ponction retira 1500 grammes, après quoi les ponctions répétées en divers points ne ramenèrent plus de liquides. A l'autopsie on put constater un épaississement considérable de la plèvre, la disparition de l'épanchement, sauf en de très petites alvéoles, dont la plèvre était cloisonnée.

Cette diminution progressive du liquide par les ponctions, et même sa disparition complète, semble d'ailleurs exceptionnelle et nous a paru intéressante à signaler. Nous avons retrouvé une évolution analogue dans une observation de Spilmann et Hanshalter : reproduction rapide du liquide après les premières ponctions, mais reproduction moins considérable, puis disparition.

7. Le trocart de l'aspiration ramène souvent des parcelles de tissu néoplasique qui, examinées histologiquement, serviront au diagnostic. Il n'est pas rare de voir se développer, au point où le trocart a pénétré, des nodules cancéreux.

C. *Examen radioscopique.*

Dans le cas qui nous est personnel l'examen radios-

copique permit de constater une double opacité : au niveau du cancer et au niveau du hile pulmonaire, cette dernière traduisant sans doute l'adénopathie cancéreuse péribronchique.

Les deux tiers inférieurs du poumon gauche, siège du cancer pulmonaire, montraient à l'écran une opacité très nette. Le tiers supérieur était transparent. A droite de la ligne médiane on voyait une zone opaque à contours arrondis, animée de battements et se continuant avec l'ombre du côté gauche, c'était l'ombre du cœur déplacé. Au-dessus, au niveau du hile pulmonaire, on apercevait une masse obscure à contours arrondis, irréguliers et non animée de battements; cette masse débordant à gauche l'ombre de la colonne vertébrale, correspondait vraisemblablement aux ganglions trachéo-bronchiques envahis par le cancer.

Nous n'avons pas trouvé d'autre observation où l'examen radioscopique ait été pratiqué. Bien que notre cas soit encore isolé et que dans ce cas l'examen à l'écran n'ait eu qu'une utilité secondaire pour le diagnostic, nous croyons cependant que la radioscopie pourra rendre des services dans le diagnostic précoce du cancer pulmonaire ; la précocité d'envahissement des ganglions péribronchiques nous porte à croire qu'on constatera souvent à l'écran cette double opacité du bloc cancéreux et de la masse ganglionnaire; cette double opacité aura certainement une grande valeur, surtout si les sommets sont d'une transparence irréprochable.

3. Signes généraux.

Dès que la maladie a atteint un certain degré, sinon dès le début, le malade prend très vite l'apparence cachectique, les forces diminuent très vite, la dyspnée survenant à l'occasion du moindre effort condamne le malade à l'immobilité.

La fièvre a été notée dans quelques cas seulement et on l'a attribuée à la bronchite ou à la congestion concomitantes. Cependant, dans le cas personnel que nous relatons, il n'était pas question de ces complications et, cependant, pendant toute la durée de la maladie, nous avons pu constater la présence de fièvre oscillant autour de 38°. A notre avis, il devait s'agir là d'un phénomène qui n'est pas spécial au cancer pleuro-pulmonaire et qu'on a appelé ailleurs la fièvre des néoplasmes.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON

Le cancer primitif du poumon a une évolution lente et progressive, quelquefois entrecoupée de rémissions, ayant dans les cas moyens une durée de huit à douze mois.

La mort, qui en est la terminaison obligatoire survient soit par le progrès de la cachexie, soit par l'exagération d'un symptôme (dyspnée, asphyxie), soit par une complication intercurrente (gangrène pulmonaire, hémorrhagie, bronchique ou pleurale abondante, mort subite par excitation du pneumogastrique).

Formes du cancer primitif pleuro-pulmonaire. Le cancer primitif du poumon peut revêtir deux formes principales suivant la rapidité de l'évolution, aiguë ou chronique.

1. Cancer aigu.

Cette forme rapide, galopante du cancer, est la plus rare. Elle a parfois une évolution foudroyante. Le malade pris brusquement en pleine santé est emporté en

quelques jours, un mois au plus avec tous les signes d'une phtysie aiguë. Nous ne ferons que citer l'observation classique de Jaccoud : « Un mécanicien du P.-L.-M. est pris en route en pleine santé, sur sa machine, de dyspnée et d'aphonie ; il entre à l'hôpital, on constate de la matité, de la bronchophonie et du souffle caverneux sous la clavicule gauche. Deux jours plus tard, apparaît de l'œdème du membre supérieur gauche et juste une semaine après son entrée, le malade est emporté. Une masse énorme d'encéphaloïde occupait le lieu supérieur du poumon, le médiastin antérieur et comprimait la bronche droite. »

2. Cancer chronique.

Celui-ci est beaucoup plus fréquent et peut se présenter lui-même suivant des aspects divers, suivant la prédominance de tels ou tels des symptômes. C'est ainsi qu'on lui décrit quatre variétés cliniques.

A. La forme latente est tout à fait exceptionnelle dans le cancer primitif, elle est beaucoup plus fréquente dans le cancer secondaire.

B. La forme broncho-pulmonaire est caractérisée au début par de la toux, de l'oppression, des signes de bronchite. On songe à la bronchite ou à la tuberculose. Plus tard, se montrent la douleur, la dyspnée, l'expec-

toration, l'adénopathie. C'est une des formes communes.

C. La forme compressive est caractérisée surtout par les symptômes d'une tumeur du médiastin : dyspnée, compression veineuse toux coqueluchoïde.

D. La forme pleurétique dans laquelle le cancer se cache derrière un épanchement pleural plus ou moins abondant, séreux ou hémorragique ; c'est un des cas les plus fréquemment observés.

Dans un autre ordre d'idées le cancer peut donner tous les signes d'un épanchement pleural, sans qu'il y ait de liquide dans la plèvre, comme dans un cas classique d'Auvard.

Nous avons suffisamment insisté sur les allures des épanchements pleuraux dans le cancer pleuro-pulmonaire pour ne pas avoir à y revenir ici.

DEUXIÈME PARTIE

DIAGNOSTIC

Le cancer pleuro-pulmonaire peut être assez facile à diagnostiquer à une certaine période où les signes cliniques se rassemblent et constituent un faisceau caractéristique. A ce moment le diagnostic peut être évident pour peu qu'on examine sérieusement le malade. Mais cette réunion des symptômes cliniques du cancer n'a lieu le plus souvent qu'à une époque tardive de la maladie, quand le malade est bien près de la mort; souvent même elle manque jusqu'à la fin et c'est l'autopsie seule qui fixe le diagnostic.

Il y a pourtant intérêt au point de vue du pronostic à faire un diagnostic aussi précoce que possible. Mais la difficulté est immense, quand on se trouve en présence de quelques symptômes isolés. Il n'existe guère en effet

de signe qui à lui seul soit pathognomonique du cancer pleuro-pulmonaire.

La douleur, par sa ténacité et son intensité, pourra mettre le clinicien en éveil, mais elle n'est pas spéciale au cancer. Dans son manuel de pathologie M. le professeur Dieulafoy rapporte un cas de pleurésie ancienne, où les caractères de la douleur lui firent faire le diagnostic.

La dyspnée dépend souvent du siège du cancer et des phénomènes secondaires.

La multiplicité de ses causes rendra son intensité des plus variables. Si elle est due à un épanchement pleural, elle ressemblera à la gêne des pleurétiques, pouvant même disparaître au repos. Si la trachée ou une grosse bronche est comprimée par la tumeur ou un ganglion dégénéré, elle ressemblera à la dyspnée des sténoses laryngées. Si la compression des artères et des veines pulmonaires produit l'anémie ou l'œdème des poumons, la dyspnée peut être analogue à la dyspnée des cardiaques.

Enfin le cancer peut-être compliqué de broncho-pneumonie et la dyspnée prendra les caractères qu'elle affecte dans cette complication.

La toux ne présente rien de spécial en dehors des cas de compression du médiastin. Elle peut alors revêtir les mêmes caractères dans les tumeurs du médiastin ou dans les compressions de la trachée et des récurrents. L'expectoration est autrement importante

au point de vue du diagnostic. Mais on n'accorde plus au crachat gelée de groseilles toute la valeur qu'on lui attribuait autrefois. Dans beaucoup d'observations on signale l'absence de crachats analogues. Chez le malade que nous avons observé, il n'existait pas de crachats analogues à la gelée de groseilles. On constata des crachats sanglants seulement à la période terminale de la maladie et ces crachats ressemblaient plutôt à des crachats de congestion pulmonaire intense.

L'examen bactériologique ne donne actuellement que des renseignements négatifs. Encore la présence de bacilles tuberculeux n'exclut-elle nullement d'idée de cancer.

L'examen histologique a autrement d'importance. Il peut montrer l'existence de particules cancéreuses dans les crachats et constituer alors une preuve éclatante du cancer. Mais il est souvent négatif.

Les signes de compression ne diffèrent en rien de ceux que peut produire toute tumeur du médiastin. Ils ne peuvent donc servir qu'à compléter le diagnostic.

L'engorgement ganglionnaire des ganglions sus-claviculaires a une grande importance. Béhier le considérait comme caractéristique. D'après lui, la tuberculose pulmonaire retentissait surtout sur les ganglions sous-maxillaires. Mais Darolles cite l'observation d'un malade porteur d'un engorgement des ganglions sus-claviculaires qui était seulement porteur d'une tuberculose avancée ainsi que le montra l'autopsie. Cet engorge-

ment des ganglions sus-claviculaires peut d'ailleurs se rencontrer dans d'autres cancers viscéraux. On le rencontre dans le cancer de l'estomac, dans le cancer de l'utérus ou de l'ovaire (Petit et Troisier). D'autre part des ganglions axillaires ont été parfois les seuls intéressés (observations d'Ayrolle, d'Hautecœur, de Leplat).

L'examen microscopique d'un ganglion extirpé pourrait fixer le diagnostic en cas de doute sur la nature des lésions. Les signes physiques pris séparément n'ont pas des caractères pathognomoniques. « Il n'y a pas, dit Stockes, de signes physiques propres au cancer pulmonaire. » Toutefois l'association de certains d'entre eux pourra mettre sur la voie du diagnostic.

Si le cancer siège à gauche, si le poumon est fortement augmenté de volume par une tumeur massive, le déplacement du cœur pourra être considérable, comme dans notre observation. Ponctionne-t-on la plèvre gauche que l'on retire ou non du liquide, le déplacement du cœur persiste en partie ou en totalité. Il est vrai que ce sera seulement un indice, car dans les épanchements non cancéreux de la plèvre on peut constater des phénomènes analogues.

L'apparition de la tumeur à l'extérieur peut procurer la certitude, mais les cas où elle a pu se produire sont très rares.

Dans le cancer siégeant à la base la percussion ne donnerait pas en général de bruit nodique sous la clavicule. Dans notre observation nous avons cependant

constaté ce phénomène et il existe également un fait analogue cité par Vinet.

Des bruits, des gros frottements pleuraux persistants, ont pu servir au diagnostic dans un cas de Jaccoud. Mais il s'agissait d'un cancer secondaire du poumon survenant chez un malade atteint de cachexie cancéreuse et ayant subit une opération de cancer du sein.

Les caractères des épanchements sont, nous l'avons vu, très variable, et le plus souvent on n'en pourra tirer qu'une probabilité de plus en faveur du cancer.

L'examen radioscopique pourra être pratiqué avec utilité. Il montrera une masse opaque dans un des poumons. Il pourra également déceler l'adénopathie trachéo-bronchique, comme dans le cas de notre malade. Mais il ne pourra naturellement renseigner sur la nature de la lésion. Il pourra seulement montrer son siège et son étendue.

Les symptômes généraux ne peuvent aider le diagnostic que par leur addition aux autres symptômes. A eux seuls ils ne sont pas pathognomoniques. Sydney Ringer et Walter Rickards ont considéré l'hyperthermie comme propre à la pleurésie tuberculeuse. Toutefois nous avons vu que le cancer pleuro-pulmonaire pouvait fort bien s'accompagner d'élévation de température. Au point de vue du diagnostique différentiel nous pouvons envisager trois sortes de cas : ceux où les symptômes pleurétiques dominent, ceux où les signes pulmonaires ont une importance prépondérante

et enfin ceux où l'attention est attirée avant tout par les signes de compression.

Dans le premier ordre de faits, quand on se trouve en présence des signes d'épanchement pleurétique on doit d'abord se demander si cet épanchement existe réellement. Dans notre observation on pouvait, à la dernière période, croire à la présence d'un épanchement abondant, et cependant cet épanchement n'existait pas ainsi que le montrèrent l'impossibilité de retirer du liquide par les ponctions et plus tard l'autopsie. D'autres cas analogues ont été observés. Tels sont les cas rapportés par Empis, Middleton, Brookhouse, Russel, Gallard, Auvard.

Qu'on ait affaire au cancer sans épanchement ou à la pleurésie on peut en effet observer la matité, l'abolition des vibrations, la voussure thoracique, le souffle, l'abolition du murmure vésiculaire. Certes il pourra exister des nuances qu'un clinicien exercé pourra percevoir. L'égophonie et la pectoriloquie aphone pourraient être remplacées par de la bronchophonie dans le cas de tumeur. Le souffle serait plus rude, bronchique ou tubaire dans le cas de tumeur, lointain et voilé dans la pleurésie. On pourra également tenir compte jusqu'à un certain point de l'absence de scodisme sous la clavicule, mais nous avons déjà vu que ce signe pouvait manquer.

Dans un cas de Leplat, une rétraction des parois

thoraciques accompagnant des signes d'épanchements pleural permit de faire le diagnostic de cancer.

En réalité, il faudra avoir recours le plus souvent à la ponction exploratrice pour affirmer le diagnostic entre cancer massif sans épanchement et pleurésie. Cette ponction exploratrice pratiquée avec toutes les précautions nécessaires sera absolument inoffensive et devra être pratiquée en divers points, car la pleurésie peut être enkystée ou cloisonnée.

Il faut également noter la cause d'erreur qui peut être due à l'existence d'une pleurésie chronique, enfermant le poumon dans une véritable coque fibreuse.

Si l'épanchement existe réellement, on pourra penser au cancer avant la ponction en raison de l'intensité des douleurs, de l'importance de la dyspnée, de l'état cachectique du malade. Mais c'est surtout le résultat de la fonction et l'examen du liquide qui aideront à faire le diagnostic. On éliminera aussi la pleurésie purulente, les kystes hydatiques du poumon. Nous nous sommes étendus longuement dans l'étude des symptômes sur les caractères des épanchements pleurétiques dans le cancer, nous n'y reviendrons donc pas.

Rappelons seulement que l'on pourra avoir des épanchements chyliformes, séreux ou hémorrhagiques.

L'épanchement chyliforme est fort rare.

L'épanchement séreux donne fort peu d'indications sur la nature de la maladie causale.

L'épanchement hémorrhagique peut être dû à d'autres causes que le cancer.

Les maladies générales hémorrhagiques peuvent l'occasionner, mais ici l'ensemble des symptômes sera bien caractéristique.

La pachipleurite primitive due le plus souvent à l'alcoolisme donne lieu à un épanchement hémorrhagique assez spécial. D'après M. le professeur Dieulafoy le liquide est rouge, riche en fibrine ; il a peu de tendance à se reproduire, il ne se reproduit pas en général après quatre ou cinq ponctions.

La pleurésie hémorrhagique tuberculeuse n'est pas rare. Le liquide sera plus riche en fibrine que dans la pleurésie cancéreuse. L'inoculation aux animaux pourra parfois reproduire la tuberculose. De plus il existe souvent des antécédents suspects ou d'autres signes de tuberculose.

Une fois la ponction faite, le malade ne retire presque aucun soulagement de la ponction dans le cancer et la reproduction du liquide est rapide.

C'est le contraire dans la pleurésie des autres affections qui peuvent simuler la pleurésie cancéreuse.

A côté des cas où les signes d'épanchement pleural dominent le tableau symptomatique, il en est d'autres où les symptômes pulmonaires dominent.

Parmi les maladies qui pourraient alors ressembler au cancer, il faut noter la sclérose pulmonaire et la tuberculose.

La sclérose pulmonaire a une évolution lente, avec conservation de l'état général, absence de douleur thoracique et de dyspnée intense, comme dans le cancer.

La tuberculose est d'un diagnostic plus difficile. Dans les formes chroniques ou subaiguës on a affaire à une maladie irrégulière dans son évolution, présentant des périodes d'amélioration, qu'on ne trouve guère dans le cancer. Les douleurs thoraciques sont souvent mal délimitées, moins intenses que dans le cancer. La localisation des lésions est fréquente au sommet des poumons. Les crachats sont purulents et renferment des bacilles. Il convient il est vrai de se souvenir que les deux affections peuvent coexister.

La phtisie aiguë est souvent confondue avec la forme aiguë du cancer. C'est en étudiant les antécédents personnel ou héréditaire du malade, en s'entourant de tous les renseignements possibles que l'on arrivera à faire le diagnostic.

Nous ne ferons que signaler les pneumokonioses qui peuvent d'ailleurs se compliquer de cancer. Nous avons déjà noté les kystes hydatiques du poumon, fort rares d'ailleurs, en nos climats. Le diagnostic est difficile en l'absence d'expectoration d'hydatides. Il nous reste à dire quelques mots des cas où dominent les symptômes de compression.

L'anévrysme de l'aorte, les tumeurs malignes du médiastin peuvent alors simuler le cancer du poumon.

L'examen radioscopique pourra être utile pour déceler

l'anévrysme de l'aorte en montrant une tumeur à contours arrondis, animée de battements.

D'ailleurs le plus souvent les signes d'auscultation, même les signes fournis par la palpation et l'inspection viendront éclairer le diagnostic, quand l'anévrysme sera assez volumineux pour déterminer les signes de compression.

Les tumeurs malignes des ganglions du médiastin non accompagnées de tumeurs ganglionnaires en d'autre points du corps seront d'un diagnostic difficile et même impossible.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle.)

Cancer primitif pleuro-pulmonaire. Pleurésie avec épanchement hémorrhagique. Dyspnée intense. Fièvre. Délire. Autopsie.

D... Louise, sans profession, âgée de 47 ans, entrée le 17 octobre 1899 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Corvisart, n° 4, dans le service de M. Béclère, morte le 20 novembre 1899.

Les antécédents héréditaires de cette malade ne présentent rien à signaler.

Dans les antécédents personnels on note seulement quelques maladies légères dans l'enfance (coqueluche, rougeole), et une atteinte de grippe assez sérieuse il y a six ou sept ans. La malade a été mariée mais n'a eu ni enfants ni fausses couches.

Il y a quatre mois environ, elle aurait ressenti quelque perte d'appétit et un certain dégoût pour la viande et les matières grasses.

Vers le commencement de septembre 1899, la malade ressent une certaine courbature, un certain malaise. En même temps, elle est prise de toux quinteuse sans expectoration.

A cette époque elle est prise un matin, en voulant se lever,

d'étourdissement tellement marqué qu'elle a été obligée de se remettre au lit. Elle reste couchée cinq ou six jours.

Se sentant ensuite un peu mieux, elle se lève de nouveau, reprend ses occupations.

Le 24 septembre elle se remarie. A cette date elle se portait assez bien, mais continuait à tousser.

Le 28 septembre elle est prise d'un accès d'étouffement, qui dure environ une heure. Les jours suivants surviennent de nouveaux accès, qui durent une heure ou une heure et demie en moyenne et apparaissent régulièrement après le déjeuner, vers une heure de l'après-midi.

Dans les premiers jours d'octobre, les accès deviennent plus violents et plus prolongés.

Le 17 octobre la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Cette femme est d'une corpulence assez forte, bien qu'elle prétende avoir beaucoup maigri, surtout depuis un mois.

Elle se tient assise sur son lit, en proie à une dyspnée assez intense. Les yeux sont brillants, les lèvres un peu cyanosées. Elle se plaint de souffrir vivement au niveau du côté gauche du thorax.

L'inspection du thorax dénote une certaine voussure à gauche. Au niveau de la ligne mamelonnaire la mensuration dénote une augmentation d'un centimètre et demi du périmètre thoracique du côté gauche.

La percussion pratiquée à la partie postérieure du thorax révèle à gauche une matité absolue s'étendant jusqu'à la partie inférieure du poumon et remontant jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate. A droite sonorité normale.

En avant la percussion dénote de la sonorité à droite, et à gauche de la matité absolue jusqu'à trois travers de doigt au

dessous de la clavicule. A ce niveau la percussion produit un son tympanique.

L'espace de Traube est conservé.

La palpation révèle un déplacement du cœur. Les pulsations cardiaques sont perçues à droite du sternum.

Les vibrations thoraciques sont abolies à gauche, dans toute l'étendue de la matité. Au sommet, au contraire, dans la zone sonore, elles sont exagérées.

A l'auscultation on n'entend plus le murmure vésiculaire dans les parties inférieure et moyenne du poumon gauche. Mais au niveau du sommet on le perçoit avec force. A la partie moyenne du poumon gauche, en arrière, on entend un souffle doux, voilé aux deux temps. mais surtout à l'expiration. Quand on fait compter la malade on perçoit de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone.

A droite on entend le murmure vésiculaire dans toute la hauteur du poumon.

Ni souffle ni râles.

Pas de ganglions sous-claviculaires ou axillaires.

Une ponction est pratiquée dans le septième espace intercostal gauche sur la ligne axillaire Elle donne issue à un litre de liquide légèrement rosé.

Après cette ponction la malade est fort soulagée. Néanmoins la matité n'a diminué que de deux travers de doigt environ et le cœur paraît presque aussi déplacé qu'auparavant.

Température : 38°9 le soir, 38° le matin.

Le 19 octobre la malade est de nouveau très oppressée. On fait une nouvelle ponction et l'on retire 500 grammes de liquide rosé.

Température : 38°7 le soir, 37°9 le matin.

Le 20 octobre la malade est encore oppressée.

La matité persiste et le cœur est toujours aussi déplacé. Une troisième ponction ramène seulement 100 grammes de liquide rosé.

L'examen radioscopique est pratiqué. Les deux tiers inférieurs du poumon gauche sont opaques. Le tiers supérieur est transparent. A droite on perçoit une zône opaque à contour arrondi, animée de battements et se continuant avec l'ombre du côté gauche. Cette zône opaque correspond au cœur déplacé ; au dessus, au niveau du hile pulmonaire, on aperçoit une masse obscure à contours polycycliques non animée de battements, débordant à gauche l'ombre de la colonne vertébrale, Cette masse correspond vraisemblablement à des ganglions trachéo-bronchiques hypertrophiés.

L'examen bactériologique des crachats est négatif au point de vue de la tuberculose.

Température, 38°2 le soir, 37°6 le matin. Le 27 octobre, la malade est très oppressée. Le cœur faiblit. Le pouls est filiforme. Les battements du cœur sont très faibles. Leur nombre n'est pas très augmenté (96 par minute). Le cœur paraît plus déplacé que primitivement. Il bat presque au niveau du mamelon droit.

On pratique une quatrième ponction. Elle donne issue à un litre de liquide hémorrhagique.

On donne de la digitale (trente centigr. de poudre en macération à continuer pendant quatre jours).

Température, 37°6 le matin, 37°4 le soir. Le 31 octobre, la malade est moins gênée pour respirer. Le pouls est meilleur. Les battements du cœur sont plus forts. On supprime la digitale. On la remplace par une potion avec 50 centigr. de caféine.

Le 7 novembre la malade est de nouveau très oppressée.

On pratique une cinquième ponction qui ne donne issue qu'à quelques gouttes de sang.

Température, 37°4 le matin, 38°4 le soir.

Le 9 novembre, la dyspnée est intense. Le pouls est petit, filiforme. Les battements du cœur sont difficilement perceptibles. On les trouve au niveau du mamelon droit. L'examen du thorax dénote une matité de plomb dans toute la hauteur du poumon gauche en arrière. Seule une petite zone est sonore sous la clavicule en avant, où on constate du scodisme. L'espace de Traube a presque disparu. Les vibrations thoraciques sont abolies en arrière. En avant elles sont abolies dans la partie inférieure du poumon, exagérées au contraire à la partie supérieure.

La langue est très sèche. Les urines sont rares. La malade a eu une épistaxis abondante la nuit. Elle se plaint de vives douleurs thoraciques dans le côté gauche. Elle ne peut dormir un seul instant. La déglutition est très douloureuse. L'appétit est nul.

Température, 38°3 le matin, 39°3 le soir. Une ponction pratiquée dans le sixième espace intercostal gauche, au niveau de la ligne axillaire, ramène 150 gr. de liquide teinté de sang. On essaie de ponctionner en d'autres points, on ne ramène que quelques gouttes de sang. Injection de spartéine.

Le 10 novembre, la malade est aussi mal. La langue est très sèche. Epistaxis. Douleur intense à la déglutition. Température, 38° le matin, 39°2 le soir. Pour la première fois la malade a des crachats sanglants. Ils sont abondants, très aérés, spumeux, rosés. Le 12 novembre, la malade a du délire. Elle passe par une alternative d'états optimistes et pessimistes.

Tantôt elle se trouve très bien, prétend respirer facilement, dit qu'elle va beaucoup mieux, qu'elle a très bien

mangé. Elle est alors tranquille, assise dans son lit, les mains errant sur les draps comme pour saisir des objets imaginaires. Elle croit être chez elle, se livrant à ses occupations ménagères. Elle vient de laver, de repasser son linge.

A d'autres moments, elle est agitée, cherche à se lever, dit qu'elle va mourir et qu'elle veut s'en aller. Elle menace de faire du bruit si on ne la reconduit pas chez elle et pousse des cris continuels. L'expectoration sanglante continue. On constate pour la première fois la présence d'engorgement des ganglions sus-claviculaires gauches.

La malade est constamment dyspnéique. La matité est toujours aussi étendue, le cœur aussi déplacé. On essaie de ponctionner en différents points du côté gauche du thorax. On ne peut retirer de liquide.

Le 13 novembre. La nuit a été un peu meilleure. La dyspnée est moins intense, la dysphagie moins marquée. Le pouls est meilleur ; 104 pulsations par minute. Le délire continue avec les mêmes caractères. Les urines sont très rares, contiennent un peu d'albumine. On donne 2 gr. de théobromine.

Température 37° le matin, 38°6 le soir.

Le 14 novembre. La dyspnée est intense. Nouvel essai de ponction sans succès.

Température 37°8 le matin, 38 le soir.

Le 17 novembre. Pouls irrégulier, filiforme. Délire marqué. La malade crie toute la nuit. Dyspnée intense. Douleurs vives dans le côté gauche. Dysphagie intense. Cyanose du visage et des extrémités. Température, 38° le matin, 39°4 le soir.

Le 19 novembre. La malade est toujours très cyanosée.

Elle asphyxie. Elle meurt dans la nuit du 19 au 20 à une heure du matin.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax on constate un déplacement considérable du cœur qui est refoulé vers la droite par le poumon gauche. Le poumon gauche est rattaché à la paroi thoracique, sur tout son pourtour par des adhérences extrêmement fortes qu'il est très difficile de rompre. Toute la plèvre est épaissie. Les deux feuillets sont adhérents et ces adhérences circonscrivent un nombre considérable de petites aréoles contenant une petite quantité de liquide rosé.

Le poumon droit est absolument sain. Le poumon gauche est très volumineux, induré, à surface rosée mamelonnaire. Il pèse 1.800 grammes. Seule la partie supérieure du lobe supérieur parait saine. A la coupe on aperçoit une masse grisâtre, en certains points jaunâtre, rosée en d'autres. A la partie inférieure et postérieure la masse est ramollie et forme une bouillie grisâtre extrêmement fétide.

Au niveau du hile du poumon gauche se trouvent des ganglions volumineux et durs formant une masse grosse comme une pomme.

Le cœur est hypertrophié, graisseux.

Le foie, la rate et les reins sont congestionnés. On ne trouve nulle part de lésions dans les autres organes.

L'examen hystologique fut pratiqué et démontra l'existence d'une tumeur épithéliale.

OBSERVATION II

Sarcome primitif du poumon gauche.

(Ranglaret. *Soc. anat.* 1893.)

La nommée Marie G..., journalière, 36 ans, entre le 26 juin 1893, à l'Hôtel-Dieu.

A. H. — Père mort de variole, mère encore vivante.

A. P. — Jamais de maladie grave. Deux grossesses normales.

Maladie actuelle semble remonter à juillet 1892 : la malade entre à Lourcine où elle est traitée pour une pleurésie gauche. Elle était enceinte de six mois à ce moment. Elle sort au bout d'un mois incomplètement guérie, sans qu'on lui ait fait de ponction. Elle accouche deux mois après d'un enfant bien portant. Suites de couches longues. Amaigrissement et perte des forces. La pleurésie persiste toujours. Ponction exploratrice sans résultat.

Vers le 20 juin 1893, la douleur intercostale, sourde jusque là, s'exagère et il se produit une hémoptysie peu abondante, constituée par du sang rouge presque pur. Elle entre à l'Hôtel-Dieu, le 26 juin.

Examen à l'entrée : Femme amaigrie à faciès pâle. Elle se plaint de douleurs intolérables dans le côté gauche et de gène considérable à la respiration.

On constate une légère voussure de la paroi thoracique gauche, surtout en avant. A la percussion, zone de matité occupant en arrière et en avant les deux tiers inférieurs du poumon. Toutefois il existe en arrière, près de la colonne

vertébrale une zone de sonorité occupant trois travers de doigt à partir du bord inférieur du poumon. Le murmure vésiculaire est complètement supprimé dans la partie correspondant à la matité : c'est-à-dire, qu'en arrière, la respiration s'entend au sommet et à la base du poumon.

Il n'existe ni souffle, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone.

Du côté droit respiration supplémentaire caractérisée par un murmure vésiculaire un peu rude et une respiration soufflante.

Outre la névralgie intercostale très intense dont se plaint la malade, il faut noter une sensation de poids dans tout le côté gauche et des crises de dyspnée à intervalles assez rapprochés.

La toux est fréquente, quinteuse et s'accompagne d'une expectoration muqueuse abondante, sans caractères bien tranchés.

Le cœur est légèrement dévié à droite ; les bruits sont normaux, le pouls également normal. Anorexie très marquée, élective pour la viande, Langue saburrale.

Apyrexie complète.

Le 3 juillet, ponction exploratrice sans résultat. On pense à une pleurésie interlobaire.

Le 20 juillet, examen des crachats qui sont puriformes, pas de bacilles tuberculeux. Dans le cours des mois de juillet et d'août, l'état général s'affaiblit de plus en plus, la malade maigrit et se cachectise. La toux devient de plus en plus fréquente et l'expectoration très abondante (trois crachoirs par jour). On a recours à la morphine contre la douleur intercostale.

Le 4 septembre, nouvel examen complet.

Dyspnée de plus en plus marquée. La voussure thoracique

gauche a gagné la base du thorax où elle est même plus marquée qu'à la partie moyenne. Pendant la respiration, l'immobilité de la paroi est complète. Un lacis veineux assez abondant s'aperçoit au dessous de la peau. Matité de plomb dans tout le côté gauche. Murmure vésiculaire complètement aboli.

Les crachats sont sanguinolents, mais d'une façon intermittente ; leur abondance est toujours considérable. Cœur complètement dévié à droite. La pointe bat dans le 4e espace intercostal droit, à 5 centimètres environ de la ligne médiane. Dans l'aisselle gauche, cinq ou six ganglions, du volume d'une grosse noisette, durs, roulants sous le doigt Pas de ganglions sus-claviculaires. Anorexie, amaigrissement et cachexie. 14 grammes d'urée dans les 24 heures.

Une ponction exploratrice faite au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate retire un liquide hémorrhagique. Pas d'éléments figurés anormaux.

Examen ultérieur des crachats, négatif. On pense à un néoplasme pulmonaire. La malade se cachectise de plus en plus. De l'œdème apparaît aux membres inférieurs. La malade succombe dans le marasme le 11 novembre.

Autopsie. — Cœur repoussé à droite ; le bord gauche du cœur est environ à 2 centimètres à droite de la ligne médiane. Ce déplacement s'est fait en masse, sans torsion des vaisseaux de la base. Au dessous de la plèvre gauche, on sent une masse molle qui occupe la place du poumon gauche. L'extraction de cette tumeur est très difficile, à cause d'adhérences très fortes. La tumeur extraite a l'aspect d'un gros choufleur et, à la coupe, présente l'apparence encéphaloïde A la partie inférieure, on trouve 300 grammes de liquide purulent.

Vers la partie supérieure existe encore un noyau de tissu

pulmonaire très condensé. La dissection des bronches montre que parmi les canaux bronchiques, les uns vont se perdre dans ce qui reste du poumon, d'autres vont s'ouvrir en pleine tumeur.

Le poids du néoplasme est de 1.800 grammes. Les ganglions du médiastin sont tuméfiés, mais ne compriment aucun organe important. Poumon droit, sain. Aucun noyau secondaire dans aucun organe.

L'examen histologique pratiqué sur diverses portions de la tumeur a permis de constater qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes. Ces cellules étaient disposées en faisceaux séparés par de minces travées conjonctives. La coupe des ganglions axillaires a montré une disposition analogue des mêmes éléments sarcomateux. Quant à la plèvre, qui était épaissie macroscopiquement, on a pu voir que cet épaississement était uniquement formé de tissu fibreux, sans trace d'éléments néoplasiques. L'examen de la portion du poumon qui reste saine a été également négatif.

OBSERVATION III

Cancer primitif du poumon. (Muselier, *Gazette médicale* 1893.)

Le nommé G.,., âgé de 51 ans, exerçant la profession de boucher, est entré à l'hôpital de la Pitié le 11 février 1893.

Trois jours avant son entrée à l'hôpital, il a ressenti, étant chargé d'un fardeau très lourd, une vive douleur dans le côté gauche, Rentré chez lui, il a été pris de frissons, de toux avec apparition de douleurs vives dans les fortes inspirations, comme celles qui suivent les quintes. Cette douleur produit et entretient une certaine gêne respiratoire. Le malade est contraint de s'aliter, puis au bout de peu de jours se décide à solliciter son admission à l'hôpital.

C'estun homme d'une apparence robuste, au faciès coloré, ne paraissant avoir subi encore ni amaigrissement ni perte des forces. Jusqu'à ce moment, sa santé aurait été irréprochable, elle n'a été traversée par aucune maladie antérieure. On révéla un traumatisme en 1883, une chute de la hauteur de 4 mètres, qui a provoqué une hémoptysie, mais n'a produit aucune autre conséquence ultérieure. Il ny 'a pas de traces d'infections syphilitiques dans les antécédents.

Mais il y a des soupçons motivés d'alcoolisme. Au premier examen du malade, on constate une dyspnée accompagnée d'un point de côté assez violent, qui siège à gauche et paraît exagéré par la toux, la pression.

Du côté de l'appareil respiratoire, on constate en arrière : 1° la conservation des vibrations thoraciques, qui sont normales des deux côtés ; 2° un léger degré de submatité dans

la fosse sus-épineuse du côté gauche ; 3° à l'auscultation, des râles sibilants et ronflants disséminés dans toute la poitrine. De plus, à gauche, vers l'aisselle, on constate un mélange de râles sous-crépitants fins et de frottements pleuraux.

En avant, légère matité du creux sous-claviculaire gauche, au dessous de cette zone de matité peu étendue, sonorité exagérée, le dernier phénomène se retrouve aussi à droite. Râles de bronchite des deux côtés, respiration emphysémateuse.

Au sommet gauche, souffle léger à l'inspiration. Le malade est affecté d'une toux fréquente ; dans la nuit de samedi à dimanche, il a eu une hémoptysie assez abondante, constituée par du sang rouge, mélangé à une expectoration spumeuse. L'examen du cœur ne révèle rien d'anormal. Le pouls est un peu fréquent, la radiale est athéromateuse. Température ax., 37°8.

Il n'y a ni troubles digestifs ni répugnance pour les aliments. On ne constate rien de spécial à l'examen des autres viscères. Les urines ne présentent aucune trace de sucre ni d'albumine.

Au dessous du lobule de l'oreille gauche, on constate l'existence d'une petite tumeur arrondie, du volume d'un pois, qui paraît être un ganglion tuméfié. Dans l'aisselle du même côté, on trouve également des ganglions augmentés de volume. Même constatation pour les ganglions inguinaux, qui sont plus développés à gauche qu'à droite.

Vers le 22 février, les symptômes pulmonaires se sont sensiblement améliorés du côté droit, mais ils persistent visiblement du côté gauche, au niveau duquel le point de côté initial persiste avec son intensité primitive. Les divers moyens prescrits pour combattre cette douleur ont échoué. Il y a également une vive douleur à la pression entre les faisceaux

sterno-claviculaires du sterno-cleïdo-mastoïdien gauche et un point épigastrique.

A ce moment, la percussion permet de constater que la submatité du sommet gauche est devenue de la matité et qu'elle a gagné en étendue.

A l'auscultation, on trouve, toujours en arrière et à gauche, du haut en bas, des râles sibilants et ronflants ; les vibrations thoraciques sont conservées, en faisant parler et tousser le malade, on ne trouve rien d'anormal.

En avant, les signes d'auscultation ne se sont pas modifiés : au sommet gauche, léger souffle ; au dessous, frottements pleuraux, Le malade est très agité, atteint d'une dyspnée intense, hors de proportion avec les résultats que donne l'examen. Les hémoptysies sont devenues presque quotidiennes, mais l'expectoration n'acquiert pas l'aspect de la gelée de groseille.

Le faciès est moins coloré que lors de l'entrée du malade ; on y remarque même une pâleur spéciale. Les ganglions de l'aisselle et surtout ceux de l'aine, à gauche, ont visiblement augmenté de volume. La température s'est maintenue pendant tout le temps au chiffre normal.

Malgré le traitement, l'état du malade ne s'améliore pas. L'oppression continue, mais il n'y a pas de crises de suffocation. Quelques jours après, les signes sont devenus plus nets à gauche.

10 mars. — On constate de ce dernier côté une diminution très nette des vibrations thoraciques et un murmure vésiculaire. La percussion dénote une matité complète qui, en avant, remonte jusque sous la clavicule. En arrière, il y a une matité occupant les fosses sus et sous-épineuses ; le cœur est notablement déplacé, la pointe bat derrière le sternum ;

pas d'égophonie ni de souffle ; persistance de quelques râles de bronchite.

A ce moment une ponction exploratrice donne un liquide fortement hémorrhagique. La thoracenthèse, pratiquée immédiatement après, fournit environ 1.200 grammes d'un liquide hémorrhagique. A la suite soulagement et diminution de la dyspnée, mais l'état général s'altère de plus en plus, le faciès est pâle, cachectique, il y a perte complète des forces.

Du côté de l'appareil respiratoire les signes d'épanchement ne tardent pas à reparaître du côté gauche. A droite, on ne note que quelques râles sous-crépitants à la base. Au niveau de l'aine les ganglions inguinaux se sont fortement développés ; deux ou trois ont un volume d'une petite noix. Ils sont d'ailleurs peu douloureux à la pression. Le ganglion sous-auriculaire a grossi, il présente le volume d'une grosse noisette. Les ganglions axillaires n'ont pas subi d'accroissement visible. La percussion du foie dénote une légère augmentation de volume, il déborde de un ou deux travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Cinq jours après la ponction, le déplacement du cœur et l'oppression croissante motivent une nouvelle thoracenthèse, qui donne issue à 1.000 grammes d'un liquide rouge foncé. A partir de ce jour l'état du malade empire très vite ; agitation excessive, subdélirium.

Mort 30 mars.

Autopsie. — Dans la cavité pleurale gauche épanchement hémorrhagique d'environ 500 grammes. Le poumon gauche est de volume à peu près normal, mais transformé en une masse dure et compacte, rappelant le tissu hépatisé; il est entièrement recouvert d'une coque formée par le feuillet pleural qui est fort adhérent, on constate que les deux tiers supérieurs de l'organe sont transformés en un bloc d'appa-

rence blanc grisâtre ; la section a de plus un aspect rugueux, criant sous le scalpel et laissant couler un peu de pus par le raclage. Le parenchyme est infiltré en totalité par cette néoplasie, le tissu pulmonaire a disparu presque complètement. Cependant le tiers inférieur du poumon paraît relativement indemne et présente des lésions d'œdème et de congestion pulmonaire. De-ci de-là quelques pertes de substance ou cavité du volume d'une noisette, remplies d'une matière puriforme.

La surface interne des deux premières côtes est détruite en partie et infiltrée par le néoplasme.

Le poumon droit paraît indemne ; en avant, lésion d'emphysème. La base est congestionnée et œdématiée.

La trachée est déformée, comprimée par les ganglions cancéreux, très volumineux, de là sa forme rectangulaire.

Le pneumo gastrique gauche passe en arrière des ganglions cancéreux, ne paraissant être ni comprimé, ni altéré.

L'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, le gros intestin, le rectum sont normaux et l'examen le plus minutieux n'y fait découvrir aucune lésion cancéreuse. Le foie est légèrement tuméfié.

On constate à sa surface et à l'intérieur de petits noyaux cancéreux blancs d'un volume variant de celui d'un grain de semoule à celui d'un pois ; la vésicule biliaire est intacte. Le pancréas est également normal.

Les autres organes, examinés avec soin n'offrent pareillement aucune lésion à noter.

OBSERVATION IV

Cancer primitif du poumon. — Pleurésie séreuse. — (LATASTE. — *Bull. de la Société anat.*)

Fouteille, Marie, âgée de 47 ans, couturière, entre le 11 octobre 1875, à l'hôpital Cochin.

D'une bonne santé habituelle et présentant toutes les apparences d'une forte constitution, la malade se plaint, d'avoir eu pour la première fois, il y a un mois, des étourdissements et des palpitations ; elle vit un médecin qui lui prescrivit l'usage de la digitale. Le 4 octobre, son état ayant empiré, elle prit le lit ; le médecin la vit de nouveau et constata un signe épanchement pleural du côté gauche. La dyspnée augmenta de jour en jour en même temps que des râles sous-crépitants apparaissaient du côté droit. Pendant ces quelques jours elle eut une expectoration peu abondante et sans trace de sang.

12 octobre. La malade a une dyspnée extrême, elle est dans un état demi-comateux. Elle a une petite toux sèche revenant par quintes accompagnées de loin en loin d'une légère expectoration muqueuse sans autres caractères que ceux de la bronchite.

L'examen des organes respiratoires fait constater du côté gauche une matité absolue remontant en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate. Du côté droit on trouve aussi de la submatité en avant ; sous les clavicules pas de bruit scodique ; la sonorité paraît même diminuée. Les vibrations thoraciques manquent complètement du côté gauche, elles sont augmentées à droite. A l'ausculation du côté gauche, en arrière, jus-

qu'à l'épine de l'omoplate, il y a abolition du murmure vésiculaire. Dans tout le sommet du poumon, au dessus, il y a des râles sous-crépitants. Du côté droit, dans toute l'étendue, on entend de nombreux râles sous-crépitants. Il y a de la résonnance de la voix du côté droit, tandis qu'il y a de l'égophonie du côté gauche. Le cœur est légèrement devié à droite mais les bruits ne sont pas altérés.

L'abdomen est souple, non météorisé ni douloureux à la pression. La température axillaire est de 38°5.

Les signes physiques fournis par l'auscultation faisaient supposer une congestion intense des poumons. On n'essaye pas d'évacuer le liquide de la plèvre gauche par une ponction, pour ne pas augmenter les phénomènes congestifs et on fait une saignée de 250 grammes. La malade meurt à 4 heures de l'après-midi dans un état asphyxique.

Autopsie : le 13 octobre.

En ouvrant la cage thoracique une grande quantité de liquide, évalué à deux litres environ, s'échappe de la plèvre gauche ; il est limpide, séreux. Au dessus de la poche qui renferme le liquide, les deux feuillets de la plèvre sont accolés dans leur étendue et notablement épaissis. Il en est de même du côté droit où on ne trouve pas le moindre épanchement.

Les poumons sont lourds, volumineux et paraissent fortement congestionnés ; à la coupe, on constate dans toute l'étendue des deux poumons et également des deux côtés un grand nombre de mamelons de la grosseur d'une cerise, séparés les uns des autres par de minces lames de tissu pulmonaire fortement congestionné. Au sommet droit ces petites nodosités ont un aspect plus foncé et paraissent de date plus ancienne.

Le cœur est normal. L'examen des divers viscères ne per-

met de constater aucune altération. Les côtes et les vertèbres dorsales ont été examinées et n'ont présenté rien de particulier.

Examen microscopique par M. Malasser, démontre l'existence du cancer encéphaloïde des poumons.

OBSERVATION V

Cancer primitif du poumon

LEPLAT. — Thèse de Paris, 1888. — (Résumée)

L... Désiré, 69 ans, filtier, entré le 8 mars 1883, service de M. le professeur Desplats.

Cet homme, bien portant jusque-là, fut pris il y a quatre mois de fièvre et point de côté à gauche, il interrompit son travail et resta alité pendant quatre semaines.

Depuis il a essayé plusieurs fois de reprendre ses occupation sans pouvoir continuer, il maigrit, tousse et a presque tous les jours des crachats sanguinolents.

A son entrée à l'hôpital, on constate qu'il est sans fièvre ; il tousse, a de la dyspnée et de la dysphagie, l'appétit est assez bien conservé.

Le malade est maigre mais non cachectique (poids 50 k. 12); à cause de la toux et de la dyspnée il reste presque constamment au lit.

L'examen de la poitrine donne les résultats suivants : à droite, le creux sous-claviculaire est effacé, le creux sus-claviculaire est moins marqué qu'à l'état normal et pendant la toux il est complètement comblé par le gonflement des jugulaires.

Par la palpation on constate que les espaces intercostaux à droite sont tendus, les côtes sont comme portées en avant. Dans le creux sus-claviculaire il y a quelques petits ganglions.

A la percussion on constate une matité absolue jusqu'au

3e espace intercostal : on dirait qu'on percute sur un bloc solide.

Dans toute cette région il y a absence complète d'élasticité.

A l'auscultation de ce côté il y a absence complète du murmure vésiculaire et on constate un souffle dans toute la région où existe la matité. La partie inférieure du poumon droit est sonore, et il n'y a rien à noter à l'auscultation.

A gauche respiration dure et soufflante sous la clavicule.

En arrière à droite, matité absolue au tiers supérieur, absence d'élasticité, sonorité à la base.

A l'auscultation on entend mal le murmure vésiculaire à la partie inférieure du poumon droit et, à mesure qu'on s'élève, la respiration devient soufflante. Le souffle se propage en diminuant du hile à la fosse sous-épineuse.

A gauche respiration soufflante au niveau du hile avec extension dans les fosses sus et sous-épineuses, mais l'intensité de bruit est beaucoup moindre qu'à droite.

La dysphagie, apparue depuis peu, va en augmentant et la cause qui la provoque paraît être située au dessous du pharynx à la partie moyenne de l'œsophage. Le malade expectore des crachats muco-purulents avec stries sanguinolentes ; ils sont assez abondants. Rien à noter dans les antécédents.

Entré le 8 mars le malade est pris vers le 20 mars de fièvre avec dyspnée progressive. L'expectoration devient plus abondante, au niveau du sommet droit de gros râles muqueux abondants se mélangent au souffle, les bronches et la trachée sont en quelques jours envahis par des mucosités abondantes que le malade ne peut rejeter et il succombe dans le collapsus après asphyxie progressive.

Mort le 26 mars.

Autopsie. — L'autopsie est faite par le professeur Augier.

Tout le lobe supérieur droit est entouré par une coque épaisse et dure de tissu fibreux, qui adhère fortement aux parois thoraciques dans toute l'étendue du lobe ; il faut en quelque sorte sculpter le lobe supérieur dans la cavité thoracique pour le détacher.

Les deux plèvres, viscérale et pariétale, qui sont confondues pour former la coque fibreuse qui enveloppe le lobe supérieur ont une épaisseur de 1/2 centimètre dans quelques points ; l'épaississement se continue dans la scissure interlobaire où la plèvre a une épaisseur de 2 ou 3 millimètres. Dans son ensemble le lobe supérieur paraît augmenté de volume.

A la coupe ce lobe présente un aspect déjà signalé dans les observations publiées : c'est celle du fromage de Roquefort ; en effet, le tissu pulmonaire est formé d'un mélange de parties blanchâtres et noirâtres ou d'un noir bleuâtre très irrégulièrement distribuées.

Les bronches (celles du voisinage du hile surtout) sont comprimées par les masses néoplasiques et leur canal est partiellement effacé ; la paroi de la bronche fait corps avec les noyaux blanchâtres du voisinage ; enfin on trouve dans quelques-unes des bronches de moyen calibre (3 à 5 millim.) que la paroi bronchique n'existe plus, le tissu néoplasique a bourgeonné dans l'intérieur de ces bronches et les a oblitérées partiellement ; la grosse bronche droite est déformée, rétrécie par des nodules qui font saillie dans sa cavité sans l'oblitérer toutefois ; il n'y a pas d'altération de la muqueuse sur cette bronche au niveau des nodules qui ont envahi sa paroi.

Les ganglions bronchiques, péri-bronchiques et péri-trachéaux sont les uns augmentés de volume, les autres ont conservé leur volume normal ; ils sont tous très anthracosiques ; les plus gros sont infiltrés par le même tissu blanchâtre qui

forme les nodules intra-pulmonaires ; quelques-uns d'entre eux adhèrent intimement à la paroi de la veine cave supérieure ; néanmoins, l'infection ganglionnaire n'est pas très prononcée et il n'y a rien de comparable à l'hypertrophie ganglionnaire qu'on constate dans quelques cas de leucocythémie ou de lymphadénieme du médiastin.

Le reste du poumon droit, au dessous du lobe supérieur, seul envahi par la tumeur, présente à l'œil nu et au microscope les lésions de la broncho-pneumonie.

Le poumon gauche présente de nombreuses adhérences pleurales et de l'anthracosis très prononcé, mais pas plus que dans le tube moyen et inférieur du côté droit, on ne trouve dans ce côté trace du tissu néoplasique qui a envahi le lobe supérieur droit.

Examen histologique. — Voici les faits principaux qui ressortent de l'examen des coupes. D'abord, malgré les coupes nombreuses faites sur un grand nombre de points du lobe atteint, nous n'avons trouvé des restes du parenchyme pulmonaire que dans les parties très limitées, la presque totalité du lobe est formée par le tissu de la tumeur ou dans certaines parties du tissu de sclérose plus ou moins anthracosique.

Au niveau des points où la tumeur se présente sous forme de nodules ou d'amas circonscrits, on trouve qu'ils sont formés en majeure partie par des éléments cellulaires analogues à ceux déjà décrits et trouvés dans le suc blanchâtre qui s'écoule des coupes. Ces éléments sont entassés sans ordre apparent ; au milieu de quelques-unes de leurs agglomérations, on trouve un espace vide à limites, tantôt régulières, tantôt irrégulières. Ces amas sont traversés par des tractus conjonctifs et le plus souvent au sein de ces tractus ou indépendamment d'eux on trouve de grosses fibres élas-

tiques enroulées, très nettes ; quelquefois, plusieurs de ces fibres sont placées les unes à côté des autres.

Dans les parties où le néoplasme se présente à l'état de l'infiltration (partie inférieure du lobe) et où on voit à l'œil nu la coupe irrégulière des petites bronches, on trouve, au sein d'un tissu de sclérose adulte coloré en rose par le carmin, une série de points pleins d'intérêt au point de vue de l'évolution des lésions.

Dans ce tissu sclérosé, on constate la présence de petits amas cellulaires plus ou moins arrondis et, à leur centre, on trouve tantôt la coupe d'une bronchiole reconnaissable à son revêtement épithélial partiellement conservé, tantôt un espace vide dans la bordure interne est ou bien nettement limitée ou irrégulière ; ces bronchioles se reconnaissent non seulement à leur coupe plus ou moins régulièrement circulaire, à leur revêtement épithélial quelquefois conservé, à la présence des fibres élastiques dans le voisinage de la lumière, mais aussi à la présence dans leur voisinage immédiat de la coupe de l'artère pulmonaire.

Ces coupes de vaisseaux sont remarquables dans les parties fortement sclérosées par l'existence d'une endartérite, qui a déterminé un épaississement considérable de la tunique interne ; la tunique moyenne élastique est aussi plus épaisse qu'à l'état normal.

Nous avons constaté sur plusieurs points que le processus ulcératif du poumon qui se traduisait à l'œil nu par la présence de cavernules ou de dilatations bronchiques irrégulières, s'accompagnait d'une dégénérescence graisseuse et d'une infiltration calcaire des parois de ces cavernules ; en même temps l'artérite des vaisseaux placés au voisinage de ces petites excavations était plus prononcée que sur les autres points.

Nous ajouterons que sur un certain nombre de coupes dans les parties de la tumeur infiltrées au sein de tissu de sclérose il était facile de voir la coupe de bronchioles tapissées par un revêtement épithélial cubique très régulier ; au dessous de cet épithélium le chorion de la muqueuse bronchique est infiltré d'éléments cellulaires pressés.

Sur les coupes des parois des grosses bronches comprimées par les masses néophasiques et envahies par elles, on trouve tout le chorion infiltré par un nombre considérable de cellules petites, à noyaux ovoïdes ou allongés : l'envahissement cellulaire perfore dans quelques points le riche réseau élastique de la muqueuse des bronches et arrive jusqu'à la superficie de la muqueuse dont l'épithélium est desquamé.

La couche des fibres musculaires lisses sous-jacentes au chorion est dissociée par les amas ou traînées cellulaires et les vaisseaux de ces fibres sont très irrégulièrement dispersés au voisinage de la coupe de la bronche ; enfin sur toutes ces coupes le tissu cartilagineux a disparu.

L'examen des autres parties du poumon droit (lobe moyen et inférieur), montre les lésions de la pneumonie catarrhale et on trouve les nodules péribronchiques de la broncho-pneumonie avec exsudat fibrineux.

CONCLUSIONS

Le cancer primitif pleuro-pulmonaire a une évolution clinique beaucoup plus nette que le cancer secondaire.

Les signes cliniques par lesquels il se manifeste nous ont paru présenter dans certains cas les particularités suivantes :

1. L'expectoration dite « gelée de groseille » est loin d'être constante. Mais en son absence, l'examen microscopique des crachats peut rendre de grands services pour le diagnostic.

2. Les phénomènes de compressions peuvent être absents ou relativement fort minimes avec des cancers pulmonaires de volume cependant considérables.

3. Les épanchements pleuraux du cancer pulmonaire, hémorrhagique ou non, s'ils se reproduisent avec une grande facilité, comme on le dit tout justement,

peuvent ne pas se reproduire indéfiniment, mais sont susceptibles de tarir par les ponctions.

4. La fièvre, regardée généralement comme exceptionnelle et due à des complications, peut s'observer dans toute la durée de la maladie et en absence de toute complication.

5. L'examen radioscopique peut avoir son utilité : il montrera la double opacité de la tumeur pulmonaire et de l'adénopathie péri-bronchique.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
HUTINEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Fraenkel. — Congrès médical interne. Leipzig, 1892.

Darolles. — Thèse de Paris, 1877. Cancer pleuro-pulmonaire.

Arnaut de la Ménardière. — Thèse de Paris, 1874. Manifestation cancéreuse de la plèvre.

Gouin. — Thèse de Paris, 1878. Coïncidence et rapport de la tuberculose du poumon avec le cancer.

Fernet. — Dictionnaire de méd. et chir. pratique, art. pleurésie.

Dieulafoy. — Dictionnaire de méd. et de chir. pratique, art. cancer du poumon.

Barié. — Dictionnaire encyclop. des sciences méd., Art. poumon.

Moutard-Martin. — Thèse de Paris, 1878.

Hermann-Beigels, — Reynolds system of. med., 1871.

Brunati. — Thèse de Paris, 1874.

Dieulafoy. — Société médicale des hôpitaux, 1886.

Lenhartz. — Cancer primitif du poumon. Berlin. Klin, Woch., 1898.

Reabasté. — Thèse de Paris, 1877. Diagnostic du cancer du poumon.

Camo-Abdon. — Thèse de Paris, 1873. Cancer du poumon.

Vinet. — Thèse de Paris, 1883-84. Cancer de la plèvre.

Trousseau. — Leçons, clin. méd., t. I.

Debove. — Société anat., 1873. Note sur les lymphangites cancéreuses.

Gaillard. — Thèse de Paris, 1862. Cancer du poumon.

Leplat. — Thèse de Paris, 1887-88. Cancer pleuro-pulmonaire.

Chauvin. — Thèse de Paris, 1896-97.

Aviolat, — Thèse de Paris, 1861.

Hayem et *Gruau.* — Société de biologie, 1874.

Méhu. — Archives générales de médecine, 1872.

Fuchs. — Beitrage für kentniss der primaren Geschwusltbil dungen in den dungen. Munich., 1896.

Kronig. — Berlin. Klin. Woch., 1887, n° 51.

Rutimeyer. — Correspondensblatt für schweizer Aerzte, 1886, n° 17.

Bernheim et *Simon.* — Recueil de faits cliniques, 1890, p. 103.

Dieulafoy. — Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1885. Des pleurésies hémorrhagiques.

Mathieu. — Gaz. des hôp., 1891. Pleurésie hémorrhagique, cancer du poumon.

Ebstein. — Deutsch. med. Woch., 1890, n° 42.

Stech. — Arch. für Klin. med., 1891.

Huber. — Uber lungensarcom Zeitsch. für Klin. med. Bd XVII, p. 3. 1890.

Germain Sée. — Des maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon, 1885.

Malasset. — Archives de physiologie, 1877.

Ménétrier. — Société anat., 1886.

Mlle Kierer. — Thèse de Paris, 1899. Pleurésie non hémorrhagique dans le cancer pleuro-pulmonaire.
Troisier. — Thèse de Paris, 1874.
Delaunay. — Société anat., 1889.
Bonygues. — Société anat., 1888.
Féréol. — Société méd. des hôp., 1877.
Dieulafoy. — Gaz. hebd., 1885.
Jaccoud. — Pathologie interne, t. II.
Auvard. — Société anat., 1882.
Ranglaret. — Société anat., 1893.
Regnault. — Société anat., 1887.
Spillman et *Hanshalter.* — Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie, 1891.
Fourestié. — Société anat., 1875.
Quincke. — In thèse de Mme Perrée, 1886.
Demanges. — Revue méd, de l'Est, 1879.
Ayrolles. — Société anat., 1884.
Boix. — Société anat., 1876.
Lataste. — Société anat., 1876.
Moizard. — Société anat., 1875.
Lépine. — Société des Sc. méd., 1887.
Savard. — Société anat., 1879.

Paris. — Jouve et Boyer, imp. de la Faculté de Méd., 15, rue Racine.